Приложение N 5

к Положению об аккредитации

специалистов, утвержденному

приказом Министерства

здравоохранения

Российской Федерации

от 22 ноября 2021 г. N 1081н

Рекомендуемый образец

 **ПОРТФОЛИО**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата получения последнего сертификата специалиста или прохождения

аккредитации специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность, по которой проводится аккредитация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уровень образования (высшее/среднее профессиональное) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица \_\_\_\_\_\_\_

Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет

профессиональную деятельность (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (в соответствии с данными, содержащимися в едином государственном реестре

 юридических лиц/едином государственном реестре индивидуальных

 предпринимателей)

Занимаемая должность (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата формирования портфолио \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **1. Сведения об освоении программ повышения квалификации.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N | Наименование программы повышения квалификации | Трудоемкость, часы | Реквизиты документа о квалификации | Период обучения | Полное наименование организации, осуществляющей реализацию образовательной деятельности |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**2. Сведения об образовании, подтвержденные на интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (при наличии).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Наименование | Вид и реквизиты подтверждающего документа |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

3. Отчет о профессиональной деятельности на \_\_\_ л.

Аккредитуемый \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)

 "Согласован"

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись и фамилия, имя, отчество (при наличии)

 руководителя (уполномоченного заместителя

 руководителя) организации),

 МП (при наличии)

 **ОТЧЕТ**

 **о профессиональной деятельности**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность (при наличии)

 с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается период, за который подается отчет

 о профессиональной деятельности)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование организации в соответствии с данными в едином

 государственном реестре юридических лиц/едином государственном

 реестре индивидуальных предпринимателей (при наличии)

 для прохождения периодической аккредитации по специальности

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (личная подпись аккредитуемого)

|  |  |
| --- | --- |
| Сведения об организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (краткая характеристика организации, отражающая основные направления ее деятельности, ее структура) |  |
| Наименование структурного подразделения, в котором аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность, основные задачи и функции указанного структурного подразделения |  |
| Стаж работы по специальности |  |
| Описание выполняемой работы в соответствии с трудовой функцией |  |
| Опыт работы, включая анализ профессиональной деятельности за отчетный период |  |
| Повышение уровня знаний, умений, профессиональных навыков за отчетный период |  |
| Выполнение функции наставника (при наличии) |  |
| Квалификационная категория, ученая степень (при наличии) |  |
| Предложения по совершенствованию своей профессиональной деятельности |  |